

## 同意書 —定期予防接種に保護者が同伴しない場合—

※16歳未満の定期防接種の実施にあたっては、原則保護者の同伴が必要です。

※本様式は、定期予防接種において、13歳以上16歳未満の未成年で保護者が同伴しない場合に必要となるものです。この同意書に保護者が自ら署名することで同伴がなくても予防接種を受けることができます。お子様が一人で予防接種を受ける場合は、接種予診票に記入、署名したものと一緒にこの同意書を接種する医療機関に提出してください。

**★保護者のかたへ：下記事項をよくお読みください。**

「予防接種のお知らせ」に記載されている内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。

**※同意書に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。**

**※接種予診票の質問事項および保護者記入欄も忘れずにご記入ください。**

## 同意書

予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解した上で、子どもに接種させることに同意します。

なお、「予防接種のお知らせ」は保護者のかたに予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が区に提出されることに同意します。

同意日： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

受ける予防接種：  
 日本脳炎  
 子宮頸がん（HPV）  
 その他（\_\_\_\_\_）

<被接種者> 氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

<保護者> 氏名： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_目黒区\_\_\_\_\_丁目\_\_\_\_\_番\_\_\_\_\_号

緊急連絡先： ※接種当日、保護者の方に緊急に連絡がとれる電話番号  
(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

保護者自署： \_\_\_\_\_